



# Медицинский вестник

ЮГА РОССИИ

ПРИЛОЖЕНИЕ. №2 2017

РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ



Ростов-на-Дону

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ



# **V СЪЕЗД ХИРУРГОВ ЮГА РОССИИ**

**с международным участием**

**ТЕЗИСЫ**

**18-19 мая 2017 г.**

Ростов-на-Дону

2017

## 20. Информативность инновационных и традиционных методов диагностики острого аппендицита во время беременности

Петрашенко И.И., Паникова Т.Н., Степаненко Р.Н.

Днепропетровск, Украина

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Актуальность. Необходимость поиска путей, направленных на более широкое использование вспомогательных методов диагностики острого аппендицита во время беременности обуславливает актуальность проблемы. Цель работы: изучение информативности различных методов диагностики острого аппендицита во время беременности, а также оценка их эффективности. Материал и методы. Обследовано 75 беременных с острым аппендицитом, которые были госпитализированы в областную клиническую больницу им. И.И. Мечникова г. Днепропетровска в период с 2012 по 2017 год. Сроки беременности определялись в пределах от 4-5 до 35-36 недель. Беременных в I триместре было 26 (34,7 %), во II триместре – 34 (45,3 %) и в III триместре – 15 (20,0 %) человек. Диагностика острого аппендицита базировалась на данных анамнеза, оценке клинических симптомов, результатах рутинных лабораторных методов, сонографии. Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате «Voluson E8» (General Electric, США). Видеолапароскопические вмешательства выполнялись с применением эндовидеохирургического комплекса «Olympus OTV-SC». Все операции проведены под внутривенным обезболиванием с искусственной вентилицией легких эндотрахеальным путем. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживали на уровне 10 - 12 мм рт. ст. Информативность клинических симптомов, показателей лейкоцитоза, данных сонографии и лапароскопии изучали по следующим критериям: чувствительность, специфичность, точность и эффективность. Результаты и обсуждение. Результаты обследования показали, что из симптомов болезненности наиболее часто выявлялся симптом Кохера-Волковича – у 49 (65,3%) беременных. Симптомы Бартомье-Михельсона, Ситковского, Ровзинга выявлялись от 38,6% до 57,3% случаев. Исследования выявили симптом Кохера-Волковича, как симптом, который наиболее часто наблюдался у беременных женщин. В пяти случаях зафиксированы ложноположительные результаты, поэтому чувствительность метода составила – 70,6% специфичность определилась – 84,8%, точность клинической диагностики в целом была 75,0%, диагностическая эффективность – 77,7%. Определенное значение в диагностике острого аппендицита у беременных имеют показатели лабораторных исследований. Учитывая то обстоятельство, что у беременных увеличение количества лейкоцитов явление физиологическое, важным есть не сам лейкоцитоз, а его наблюдение в динамике. Количество лейкоцитов в периферической крови у 21 (28,0%) беременной не превышало  $9,0 \times 10^9/\text{л}$  и в среднем соответствовало  $8,5 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$ . У 44 (58,7%) женщин количество лейкоцитов увеличивалось до  $15,0 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ . У 10 (13,3%) беременных лейкоцитоз был  $17,0 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ . Таким образом, в связи с выявлением шести ложноположительных результатов, чувствительность лабораторного метода составила – 72,0%, специфичность – 81,8%, точность – 75,0%, диагностическая эффективность – 76,9%. Следовательно, клиническая симптоматика и показатели лейкоцитоза выявились недостаточно информативными для диагностики острого аппендицита у беременных женщин, в связи с чем не являются основанием для постановки диагноза и принятия решения о хирургическом лечении без дополнительных методов исследования. В комплексной диагностике был использован аппаратный метод – ультразвуковое исследование. При выполнении ультразвукового исследования в семи случаях были зафиксированы ложноположительные результаты и специфичность метода в целом составила 78,8%, чувствительность – 57,3%, точность – 63,9%, диагностическая эффективность – 68,0%. Анализ полученных данных показал, что ультразвуковое исследование при остром

аппендиките у беременных не улучшало качество диагностики. Применение видеолaparоскопии у 70 (93,3%) беременных выявило прямые и непрямые признаки острого аппендицита. У 5 (6,7%) обследованных диагноз острого аппендицита не подтвердился. Точность метода оказалась достаточно высокой и составила 90,7%, чувствительность – 93,3%, специфичность – 84,8%, диагностическая эффективность – 89,1%. Выводы. 1. Информативность основных клинически симптомов не была достаточно значимой. Их диагностическая эффективность колебалась от 54,1% до 77,7%. Чувствительность и точность ультразвукового метода составила 57,3% и 63,9%, наличие лейкоцитоза – 72,0% и 75,0% соответственно. 2. Наиболее информативным методом диагностики была видеолaparоскопия. Ее чувствительность и диагностическая эффективность у беременных составила – 93,3% и 89,1%.

## **21. Клинические аспекты лечения больных с синдромом Мириззи**

Коровин А.Я.(1), Маскин С.С.(2), Кулиш В.А.(1), Выступец В.В.(1), Фетисов Н.И.(2)

1) Краснодар , 2) Волгоград

1) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель. Показать возможности эндохирургии в диагностике и лечении синдрома Мириззи. Материал и методы. Пролечено 64 пациента у которых выявлен синдром Мириззи (СМ). У больных отмечался длительный анамнез холецистолитиаза, механическая желтуха – у 63 больных, болевой синдром с температурой тела от субфебрильной до гектической. При ЭРХПГ–выявлялась причина обструкции, наличие фистулы и локализация конкрементов. При УЗИ выявлялись косвенные признаки СМ. Результаты. Первым этапом выполнялось ЭРХГ с ЭПТ. При наличии холедохолитиаза (у 56 больных) – выполнялась максимально возможная литоэкстракция. При наличии обструкции холедоха назобилиарное дренирование. В последующем выполнялась лапароскопическая операция. У больных с 1 типом СМ (40 пациентов) выполнена лапароскопическая холецистэктомия с отсечением пузыря на уровне шейки, извлечением из шейки конкремента и глухим швом культи. При 2 типе СМ (6 больных) произведена лапароскопическая холецистэктомия от дна с отсечением желчного пузыря вместе с конкрементом, выполнена пластика за счет оставшихся стенок желчного пузыря непрерывным глухим рассасывающимся швом. У пациентов с 3 типом СМ (18 больных), у 6 больных выполнена лапароскопическая холецистэктомия от дна с оставлением 10 мм участка шейки желчного пузыря на холедохе и извлечением конкрементов из холедоха через широкую фистулу. Проводилась ревизия холедохоскопом, операции закончены пластикой дефекта холедоха непрерывным швом на дренаже Кера. У 12 пациентов с выраженным инфильтратом, выполнена холецистотомия, холецистолитэкстракция, чрезпузырная холедохоскопическая ревизия жёлчных путей, широкая пузырно- холедохеальная фистула не разобщалась. Рана желчного пузыря ушита на дренаже. ЭРХПГ должна выполнять не только диагностическую функцию, но и подготовить наиболее благоприятные условия для лапароскопического этапа. При выполненной ЭПСТ, и отсутствии сужения при пластике за счет оставленных стенок культи желчного пузыря, дренирование холедоха не обязательно (а также возможно на предварительно установленном назо-билиарном дренаже). Заключение. Миниинвазивная хирургия является приоритетной в диагностике и лечении больных СМ. При комплексном подходе обеспечивается высокая эффективность, малая травматичность и значительная экономичность, при удовлетворительных результатах лечения сопоставимых с таковыми при традиционных методах хирургической коррекции предоставленной патологии.